

## 介護予防施策における対象者抽出の課題

—特定高齢者と要支援高齢者の階層的な関係の検証—

イシバシ トモアキ イケガミ ナオキ  
石橋 智昭\*1\*2 池上 直己\*3

**目的** 厚生労働省によって新たに提示された介護予防施策では、「一般高齢者」「特定高齢者」「要支援高齢者」「要介護高齢者」の4つの階層を用意し、対象と給付の関係を明確化した。しかし対象者の選定には『基本チェックリスト』と『要介護認定方式』が並行的に運用され、そこから抽出される「特定高齢者」と「要支援高齢者」の境界や階層性の関係は、いまだに明らかにされていない。本研究では、「要支援高齢者」の候補者である旧要支援、旧要介護1の認定者に対して、『基本チェックリスト』により試行的に判定し、「特定高齢者」と「要支援高齢者」との間の階層的な関係について検証を行った。

**方法** 対象は、東京都A市において旧要支援、旧要介護1の認定を受けた者のうち、介護保険以外の生活支援型サービスを利用している在宅高齢者767名である。調査は、2006年2月に自記式の郵送調査によって実施し、回収率は92.3%であった。調査内容は、厚生労働省の『基本チェックリスト』およびIADL（手段的日常生活動作）5項目の遂行能力を問う項目を用いた。本研究では、すべての調査項目に回答した456名（旧要支援：107名、旧要介護1：349名）を分析対象とした。

**結果** 旧要支援、旧要介護1の認定者に『基本チェックリスト』による判定を試行した結果、特定高齢者に選定されたのは、旧要支援では33.6%、旧要介護1では57.8%となり、「要支援高齢者」であるにもかかわらず「特定高齢者」には選定されないケース、つまり施策の想定とは逆の階層関係となるケースが、約半数に出現することが明らかとなった。次にIADL5項目による自立者の割合を確認した結果、旧要支援、旧要介護1認定者の54.8%がすべてのIADL項目が自立していた。これに対して、IADLが非自立であった者の4分の1に当たる25.7%が特定高齢者に選定されなかった。

**結論** 2つの異なる基準から抽出された特定高齢者と要支援高齢者の間には、階層関係が逆転しているケースが約半数にみられ、両者を階層的に位置づけるのは困難であることが明らかとなった。その要因の1つは、新たに開発された基本チェックリストが、要介護認定との階層的な関係を十分に考慮せずに作成されたことにある。もう1つは、要介護認定方式が、IADLの能力を適切にスクリーニングできず、自立（非該当）との境界が曖昧になっている点が示唆された。今後、介護予防施策を一貫したシステムとして構築するためには、介護予防施策の対象者の統合も含めて、基本チェックリストと要介護認定方式の抜本的な見直しが必要である。

**キーワード** 介護予防、要介護認定方式、基本チェックリスト、給付区分、特定高齢者

### 緒言

平成18年介護保険制度改正では、介護予防に

関する従来事業を再構築して、元気高齢者向けの「一般高齢者施策」、虚弱高齢者向けの「特定高齢者施策」、要支援高齢者向けの「新予防

\* 1 財団法人高齢社会研究財団主任研究員 \* 2 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室助手 \* 3 同教授

給付」を創設した（図1）。その目的は、従来事業に欠けていた制度間の連続性や対象の重複を解消し、一貫性のある総合的な介護予防システムを構築することである<sup>1)</sup>。たとえば、要介護認定で自立（非該当）となった場合や新予防給付受給者が改善した場合には、速やかに特定高齢者施策の利用を勧奨することなどがマニュアルに明示されている<sup>2)</sup>。このように、「一般高齢者」「特定高齢者」「要支援高齢者」は、「要介護高齢者」に至る連続的な過程、あるいは「要介護高齢者」になる確率として捉えている。したがって、4つの状態には階層的な関係が成立することが不可欠であり、その要件を満たす基準を採用する必要があった。

しかし、厚生労働省が提示した対象者を選定するための基準は、一本化されておらず、それぞれ別な基準にしたがって運用される方式であった。すなわち、「特定高齢者」の選定には新たに『基本チェックリスト』を開発し、「要支援高齢者」の選定には従来の『要介護認定方式』に一部項目を追加して使用している。

『基本チェックリスト』は、導入前に複数地区でのパイロット調査<sup>3)</sup>を実施したが、要介護認定者を対象とした適用結果は検証されておらず、「特定高齢者」と「要支援高齢者」の境界や階層性については、いまだに明らかにされていない。

本研究では、新予防給付の候補者となる旧要支援、旧要介護1の認定者に対して、『基本チェックリスト』で試行的に判定し、「特定高

齢者」と「要支援高齢者」との間の階層的な関係について検証を行った。また、抽出された対象者像の理論的な検討を行い、一貫性のあるシステムを構築する上での今後の課題を整理した。

## 方 法

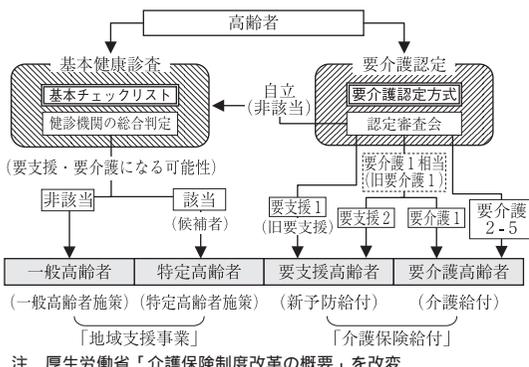
調査対象は、東京都A市において、旧要支援、旧要介護1の認定を受けた者のうち、2005年度に生活支援型サービスを利用していただ在宅高齢者767名である。生活支援型サービスは、介護保険以外の配食やデイサービス、緊急通報などの市町村事業で、利用者の約半数を旧要支援、旧要介護1が占めている。調査は、A市によって2006年2月に自記式の郵送調査で実施し、回収率は92.3%であった。A市から研究者へのデータ供与は、住所、氏名の情報が削除され、個人が特定されない形で行われた。

本研究では、すべての調査項目に回答した456名（旧要支援：107名、旧要介護1：349名）を分析対象とした（表1）。

なお、本来の要支援高齢者の選定手順では、要介護1相当（旧要介護1と同義）のなかから、急性増悪の危険性や認知症状をもつ者が対象者から除外される（図1）。厚生労働省のモデル事業（第一次）では、旧要介護1の約4割が対象者から除外されており<sup>4)</sup>、本研究では、除外されるべき者を含んで推定を行った。

調査内容は、表2に示す厚生労働省の『基本チェックリスト』およびIADL（instrumental activities of daily living：手段的日常生活動作）5項目（交通機関の利用、買物、金銭管理、

図1 介護予防施策の概要



注 厚生労働省「介護保険制度改革の概要」を改変

表1 分析対象者の性・年齢分布

	総数	65～74歳	75～84歳	85～94歳
総数		(単位 名,( )内%)		
旧要支援	107(100.0)	31(29.0)	52(48.6)	24(22.4)
旧要介護1	349(100.0)	56(16.0)	177(50.7)	116(33.2)
男性				
旧要支援	30(100.0)	7(23.3)	12(40.0)	11(36.7)
旧要介護1	98(100.0)	18(18.4)	44(44.9)	36(36.7)
女性				
旧要支援	77(100.0)	24(31.2)	40(51.9)	13(16.9)
旧要介護1	251(100.0)	38(15.1)	133(53.0)	80(31.9)

請求書支払、食事準備)の遂行能力を評価した。なお、IADL項目のうち、交通機関の利用、買物、金銭管理は、『基本チェックリスト』にも遂行の有無(～していますか)の設問が含まれているが、別途、能力(～できますか)を問う形式で設問を追加した。

基本チェックリストは、「はい」「いいえ」の2段階で回答を求め、規定された選択肢を回答した場合(以下、項目の該当)に1点を配点した。さらに、各個人の集計結果を基準に照合して、特定高齢者への該当の有無を判定した。なお、実際の選定手順は、さらに健診機関の医師の医学的評価が加わった上で特定高齢者(候補)に決定し、その後、特定高齢者施策サービスの利用に至った段階で「特定高齢者」に確

定する。しかしながら、基本チェックリストの得点基準に該当することが、特定高齢者の基本的要件であり、本研究ではこれを特定高齢者への該当の有無として扱った。

IADL5項目については、「できる」「できない」の2段階で回答を求め、「できる」と回答した者を自立とした。統計処理にはSPSS11.0Jを使用し、検定は独立性の検定( $\chi^2$ 検定)を行った。

## 結 果

対象地区における調査時の旧要支援、旧要介護1の総数は5,305名で、調査対象である生活支援型サービス利用者767名は、その14.5%に

相当する。母集団と標本には、前期、後期高齢者の割合には差がみられず、対象者の7割が介護保険のサービスを利用していただけにおいても差はなかった。また、そもそも要介護度は統一的な基準で認定されることから、たとえ生活支援型サービスを受けていても、認定者の特性は相違がないと考えられる。

次に、調査標本と分析対象の間に、性、年齢、介護度による差は認められなかった。したがって、A市における標本の代表性には問題ないと判断される。

旧要支援、旧要介護1の認定者における基本チェックリストの項目別の該当割

表2 基本チェックリストの項目別の該当割合

(単位 %)

質問項目	全体 (456)	介護度		検定 <sup>3)</sup>
		旧要支援 (107)	旧要介護1 (349)	
(1) バスや電車で1人で外出していますか <sup>2)</sup>	50.0	23.1	58.3	**
(2) 日用品の買物をしていますか	47.6	27.8	53.7	**
(3) 預貯金の出し入れをしていますか	34.5	16.9	40.0	**
(4) 友人の家を訪ねていますか	72.9	59.3	77.1	**
(5) 家族や友人の相談にのっていますか	51.5	40.7	54.9	*
(6) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	89.5	86.1	90.6	
(7) 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	67.5	63.0	68.9	
(8) 15分位続けて歩いていますか	48.9	27.8	55.4	**
(9) この1年間に転んだことがありますか	49.3	40.7	52.0	
(10) 転倒に対する不安は大きいですか	88.4	83.3	90.0	
(11) 6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	21.6	22.2	21.4	
(12) 身長 cm 体重 kg (BMI = ) <sup>1)</sup>	18.1	13.9	19.4	
(13) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	56.3	56.5	56.3	
(14) お茶や汁物等でむせることがありますか	42.8	38.0	44.3	
(15) 口の渇きが気になりますか	55.5	56.5	55.1	
(16) 週に1回以上は外出していますか	26.4	17.6	29.1	*
(17) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	73.8	66.7	76.0	
(18) 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	38.2	30.6	40.6	
(19) 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	18.3	13.0	20.0	
(20) 今日が何月何日かわからない時がありますか	47.8	45.4	48.6	
(21) (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	54.8	39.8	59.4	**
(22) (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	54.6	49.1	56.3	*
(23) (ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	88.6	84.3	90.0	
(24) (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	52.0	38.9	56.0	**
(25) (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	70.3	63.0	72.6	

注 1) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が18.5未満の場合に該当とする。  
 2) の項目は「いいえ」の場合に該当(1点)、他の項目は「はい」の場合に該当(1点)  
 3) 旧要支援と旧要介護1の $\chi^2$ 検定: \* p < 0.05, \*\* p < 0.01

合は、表2のとおりであった。該当割合は項目により大きく異なり、(1)2～3kg以上の体重減少、(2)BMIが18.5未満、(3)電話の使用、(4)いずれも2割程度と低く、(5)階段昇降、(6)転倒不安、(7)物事がおっくうに感じる、には9割程度の人が該当していた。介護度による対比で差がみられたのは10項目で、いずれも旧要介護1に該当割合が高かった。

各個人の回答結果を表3の基準<sup>2)</sup>にしたがって判定した結果、特定高齢者に該当したのは、旧要支援では33.6%、旧要介護1では57.8%となり、全体でも約半数しか特定高齢者に該当しなかった。4つの選定基準のうち、「12項目以上」「運動器」への該当が多く、この2つは、介護度による差がみられた(P<0.01)が、「栄養」「口腔」では、ほぼ同じ割合であった。なお、性別、年代別の特定高齢者の該当割合に差は認められなかった。

次にIADL5項目による自立者の割合(「できる」と回答した者の割合)を確認した結果、旧要支援の79.4%、旧要介護1の47.3%、そして両者を合わせて54.8%が、すべてのIADL

項目が自立していた(表4)。これに対して、何らかのIADL項目が非自立であった45.2%について、基本チェックリストにより判定した結果、表には示していないが、約4分の1に当たる25.7%が特定高齢者に選定されなかった。なお、IADL5項目による自立者の割合は、女性にやや高かったが、顕著な差ではなかった(P=0.094)。

考 察

新たに提示された介護予防施策では、「一般高齢者」「特定高齢者」「要支援高齢者」「要介護高齢者」の4つの区分を用意し、早期対応によって悪化方向への移行を防止しようとする水際作戦を柱としている<sup>2)</sup>。すなわち、「特定高齢者」は「要支援高齢者」の予備軍として連続的に位置づけられており、各段階には階層的な関係が存在することが前提となっている。

しかしながら、本研究では、「要支援高齢者」の約半数が「特定高齢者」に選定されず、両者を階層的に位置づけるのは困難であることが明らかとなった。基本チェックリストと要介護認定方式は目的の異なる基準であり、対象者の重複はある程度まで許容されると考えられるが、両者の階層関係が逆転しているケースが約半数存在することは、看過できない問題である。

なぜならば、対象者の抽出手続きは区分間の序列を前提に設計されており、序列と異なるケースへの対応がほとんど用意されていないからである。すなわち、要介護認定の非該当者を特定高齢者へつなげる流れは明示されているが、逆方向の流れは全く考慮されていない<sup>2)</sup>。たとえば、特定高齢者の選定で該当しなかった人にも、要支援高齢者に認定される可能性が残されているが、それが考慮される余地はなく、そのまま一般高齢

表3 特定高齢者の選定基準への該当と特定高齢者の判定結果

(単位 %)

	各選定基準 <sup>1)</sup> への該当割合				特定高齢者の判定	
	12項目	運動器	栄養	口腔	該当	非該当
全体 (456)	36.6	23.7	6.6	23.0	51.5	49.5
旧要支援 (107)	18.7	10.3	6.5	20.6	33.6	66.4
旧要介護1 (349)	42.1 **	27.8 **	6.6	23.8	57.8 **	42.2

注 1) 特定高齢者を選定する基準(以下の から のいずれかに該当)  
 (1)～(20)の設問のうち、12項目以上が該当した場合  
 (6)～(10)の5問すべてが該当した場合  
 (11)(12)の2問すべてが該当した場合  
 (13)～(15)の3問すべてが該当した場合  
 2) 旧要支援と旧要介護1のχ<sup>2</sup>乗検定: \*\* p<0.01

表4 IADL項目の自立割合

(単位 %)

IADLの質問項目	全 体	介護度		検定
		旧要支援	旧要介護1	
バスや電車で1人で外出できますか	64.9	86.0	58.5	**
日用品の買物をできますか	69.5	88.8	63.6	**
預貯金の出し入れが自分でできますか	77.4	94.4	72.2	**
請求書の支払いを自分でしていますか	81.8	95.3	77.7	**
自分で食事の支度ができますか	78.1	90.7	74.2	**
全項目の自立者	54.8	79.4	47.3	**

注 要支援と要介護1のχ<sup>2</sup>乗検定: \*\* p<0.01

者に類別される。その一方で、本研究結果のケースのように、すでに要支援認定を受けた人が、基本健診で特定高齢者に該当しなかった場合でも、要支援高齢者に分類されていた事実について行政は一切関知せず、再考する手順も用意されていない。したがって、同じ機能状態であっても、要介護認定を先に受審すれば、予防給付対象者となる可能性があり、逆に基本チェックリストが先なら、特定高齢者施策の対象にもならない。このように、受審の順序で各区分への分類結果が異なってしまう危険性があり、制度を早急に是正すべきである。

そこで、是正の具体的な方向を検討するために、人間の活動能力を7つの水準から概念化したLawtonの体系<sup>5)</sup>に基づいて、基本チェックリストと要介護認定方式の基準の内容を検討した。Lawtonの体系によれば、ADL (activities of daily living) は第4の水準である「身体的自立」に位置し、IADLは、「身体的自立」より一段階上位の「手段的自立」の水準を表している。ADLとIADLには階層的な関係があり<sup>6)7)</sup>、ADLの障害を有する者はIADLの障害を合わせもつ傾向にある。また、さらに高度な能力として「知的能動性」「社会的役割」を

それぞれ設定している。

まず、要介護認定方式は、「介護の時間」<sup>8)</sup>を要介護時間として数量化し、その判定方法を標準化した指標であり、その判定区分と活動能力の段階を単純に対比することはできない。そこで、厚生労働省の認定審査会のテキストに示されている、状態像の考え方<sup>9)</sup>(表5)によってLawtonの体系との対応を検証した。それによれば、要支援高齢者は「手段的自立」、要介護高齢者は「身体的自立」に焦点を置き、認定者のなかに段階的なイメージを想定している。ところが、本研究の結果では、IADLの自立した高齢者が占めていた割合は、旧要支援1の8割、旧要介護1相当の5割にも達する。すなわち、想定した状態像とは乖離した、より高い水準の高齢者が抽出されている実態が明らかとなった。そもそも、現行の要介護認定方式は、施設での介護時間データに依拠して開発された経緯から、データの少ない軽度者の状態像は明確に示されていない。さらに、要支援、要介護1の認定者数が急増しているにもかかわらず、申請者に占める自立(非該当)の割合は増加しておらず、給付適格者をスクリーニングする機能が不適切である点にも着目すべきである<sup>10)</sup>。

したがって、要支援高齢者の状態像を改めて明確することが不可欠であり、その上で、給付適格者を厳密に区分できるように要介護認定方式を抜本的に見直すことが必要である。

次に、基本チェックリストについては、「生活機能が低下し、要支援・要介護状態になるおそれのある高齢者の早期発見」<sup>2)</sup>が目的となっており(表5)、その対象は「手段的自立」よりも高い水準にある高齢者を想定している。たとえば、IADLの設問は、能力(～できますか)ではなく、遂行の有無(～していますか)を取り上げているが、その理由は、「できる」のに「していない」人、つ

表5 状態像の考え方

選定	分類	定義 <sup>1)</sup>	施策
基本チェックリスト	一般高齢者	活動的な状態にある高齢者 <sup>2)</sup>	地域支援事業
	特定高齢者	要支援・要介護状態に陥る可能性の高い高齢者(高齢者人口の5%程度を想定)	
要介護認定方式	自立(非該当)	歩行や起き上がりなどの日常生活上の基本的動作を自分で行うことが可能であり、かつ、薬の内服、電話の利用などの手段的日常生活動作を行う能力もある状態	新予防給付
	要支援1	日常生活上の基本的動作については、ほぼ自分で行うことが可能であるが、日常生活動作の介助や現在の状態の悪化の防止により要介護状態となることの予防に資するよう、手段的日常生活動作を行う能力において何らかの支援を要する状態	
	要支援2	要支援1の状態から、手段的日常生活動作を行う能力がわずかに低下し、何らかの支援が必要となる状態	介護給付
	要介護1	要支援2の状態から、手段的日常生活動作を行う能力が一部低下し、部分的な介護が必要となる状態	
	要介護2～5	要介護1の状態に加え、日常生活動作も部分的、全面的に介護が必要となる状態	

注 1) 各分類の定義は、「介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル」<sup>2)</sup>および「介護認定審査会委員テキスト2006」<sup>9)</sup>

2) 一般高齢者を施策名称として扱う場合は、すべての高齢者が含まれる<sup>2)</sup>。

まり廃用性症候群のリスクの抽出に焦点が置かれていることにある<sup>2)</sup>。また、Lawtonの体系で最も高い水準の社会的役割の設問(項目No.(4)(5))を採用し、自立度の高い対象者をカバーすることを意図した構成となっている。しかしながら、特定高齢者の選定基準(表3)ではIADLの自立性をスクリーニングする基準を設定しておらず、その結果、IADLが自立していない者の4分の1が、特定高齢者の選定から外れ、一般高齢者に類別されてしまっている。したがって、基本チェックリストは、要支援高齢者との階層関係を考慮しておらず、またLawtonの体系と対応していないので、その選定基準を見直す必要がある。なお、廃用性症候群に注目するならば、能力と遂行の乖離の確認が不可欠であり、IADLに限らず、能力を問う設問(～できますか)の追加が必要である。

以上のように、要介護認定方式と基本チェックリストは、両者の間の階層的な関係を考慮していないだけでなく、それぞれの分類基準においても階層性を十分に考慮していないことが明らかとなった。したがって、「一般高齢者」「特定高齢者」「要支援高齢者」「要介護高齢者」を適切に類別するためには、基本チェックリストでまずスクリーニングして、次に要介護認定によって分類する、という階層性のある補完的な関係に抜本的に作り変えるか、あるいは両者を取り込んだ階層性のある新たな基準に一本化するか、のどちらかを選択するしかない。またその際には、自立(非該当)との境界が曖昧となっている要支援高齢者を、地域支援事業に移管して、特定高齢者と統合することも、同時に検討されるべきであろう。このように改めることによって、特定高齢者と要支援高齢者を一体的に管理する拠点である「地域包括支援センター」の業務が合理化され、本来的な機能を発揮できるようになるであろう。

最後に、本研究対象が1地区の認定者に限定されている点に留意すべきである。A市における旧要支援、旧要介護1の出現率は、東京都の平均とほぼ同値であり、この観点からは代表性に問題は認められない。しかしながら、要介護

認定者の出現率には都道府県格差があるので<sup>11)</sup>、今後、他府県においても検証する必要がある。

## 結 語

2つの異なる基準から抽出された特定高齢者と要支援高齢者の間には、階層関係が逆転しているケースが約半数にみられ、両者を階層的に位置づけるのは困難であることが明らかとなった。その要因として、1つには新たに開発された基本チェックリストが、要介護認定との階層的な関係を十分に考慮せずで作成されたことにある。もう1つには、要介護認定方式が、IADLの能力を適切にスクリーニングできず、自立(非該当)との境界が曖昧になっている点が示唆された。今後、介護予防施策を一貫性のあるシステムで対処するためには、基本チェックリストと要介護認定方式の抜本的な見直しが必要不可欠である。

## 文 献

- 1) 介護予防事業に係る市町村介護保険事業計画に関する研究班(主任研究者 烏帽子田彰). 介護予防事業に係る市町村介護保険事業計画に関する報告書. 厚生労働省, 2006.2.
- 2) 介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル研究班(主任研究者 鈴木隆雄). 介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル研究班. 厚生労働省, 2005.10.1.
- 3) 基本チェックリストに関するパイロット調査<概要>. 第1回地域包括支援センター・介護予防に関する意見交換会(平成18年6月13日)資料6-2. 厚生労働省, 2006.6.13: 146-7.
- 4) 要介護認定モデル事業(一次)の集計結果について. 全国介護保険担当課長会議資料(平成17年10月31日開催). 厚生労働省, 2005.10: 110-2.
- 5) Lawton MP. Assessing the competence of older people. In Research Planning and Action for the Elderly, ed. by Kent DP, Kastenbaum R, Sherwood S, Behavioral Publications, New York 1969; 122-43.
- 6) Spector WD, Katz S, Murphy JB, et al. The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living. Journal of Chronic Diseases 1987; 40: 481-9.
- 7) 古谷野巨. 地域老人における手段的ADL: 社会的な生活機能の障害およびそれと関連する要因. 社会老年科学 1991; 33: 56-67.
- 8) 筒井孝子. わが国の要介護認定の特徴と今後の課題. 老年社会科学 2006; 27(4): 445-52.
- 9) 介護認定審査会委員テキスト2006(平成18年1月). 厚生労働省老健局老人保健課, 2006.1.
- 10) 池上直己. 介護保険制度の改革案と今後の展望: 制度創設以来の課題にいかに対応するか. 社会保険旬報 2005.4.11: 16-23.
- 11) 平成16年度介護保険事業状況報告(年報). 厚生労働省老健局介護保険課 2006.2.